

ANNÉE 1929

THÈSE

129

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

ATAOLLAH KHAN SAMIY

Né le 22 Février 1895, à Téhéran (Perse)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Chancre Syphilitique du Nez

Particulièrement du Tégument externe

Président de Thèse : M. le Professeur GOUGEROT.

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13

—
1929

70

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

ATAOLLAH KHAN SAMIY

Né le 22 Février 1895, à Téhéran (Perse)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU

Chancre Syphilitique du Nez Particulièrement du Tégument externe

Président de Thèse : M. le Professeur GOUGEROT.

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. ROGER

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	N..
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ...	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	N..
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELbet.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SÉBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Neurologie et Psychiâtrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRE.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ECALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENOIS.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Obstétrique	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	GIROUD.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Physiologie	RICHEF Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
Pathologie médicale	VALLÉRY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Pharmacologie	MERCIER.
Histologie	MULON.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Obstétrique	DEMELIN.
Obstétrique	LEQUEUX.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTNER.
Physique	ZIMMERN.
Pharmacologie	BUSQUET.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE (ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA CHÈRE MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA FEMME

*Faible témoignage de profonde affec-
tion et de reconnaissance.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE TÉHÉRAN (PERSE)

A MES AMIS ET CAMARADES D'ÉTUDES

AVANT-PROPOS

C'est un devoir et un honneur pour nous d'exprimer au début de cette thèse toute notre gratitude aux Maîtres qui nous ont instruits dans notre profession, nous ont facilité nos études et nous ont apporté le secours de leur haute expérience.

Qu'il nous soit permis de remercier notre excellent Maître, Monsieur le Docteur Milian, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse. Toujours, il nous a reçu dans son service avec la plus grande bienveillance, nous prodiguant ses conseils et ses encouragements, dont nous lui sommes infiniment reconnaissants.

Nos remerciements sincères à Monsieur le Docteur Chef de Clinique et aux autres médecins du service qui nous ont guidés dans l'élaboration de ce travail.

Nous remercions Monsieur le Professeur Gougerot, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette modeste thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Depuis longtemps déjà il a été envisagé la possibilité de l'infection syphilitique par d'autres voies que les voies génitales. Déjà au XV^e et au XVI^e siècle on trouve signalé dans divers textes cette éventualité. *Hunter* (1) dit en propres termes : « que toutes les parties du corps humain sont susceptibles d'être affectées par l'application du pus vénérien ».

Dans la statistique de Fournier portant sur plus de mille chancres, observés au cours d'une période de trente ans, nous trouvons en ce qui concerne les localisations du chancre, les proportions suivantes :

Chancre à localisation génitale	93	% des cas
Chancre à localisation périgénitale . .	0,67	% —
Chancre à localisation <i>extra-génitale</i> :	6,33	% —

Ainsi, nous voyons d'après cette statistique que la syphilis peut s'introduire dans l'organisme humain par d'autres voies que la voie génitale ou périgénitale. Fournier ajoute que ces pourcentages ont besoin d'être commentés, car très souvent la proportion de 6 à 7 % ne constitue pas le chancre extra-génital, elle est inférieure à la réalité des faits.

(1) Statistique de M. FOURNIER.

Ces chancres sont plus fréquentes pour une double raison :

1° Par suite de leur localisation même, un certain nombre de ces chancres échappent à l'attention des malades, restent ignorés et ne sont pas diagnostiqués;

2° D'autres fois tout en y songeant, pour des motifs divers, on n'ose pas les considérer comme des chancres.

Suivant son expression imagée, Fournier déclare : « qu'il n'y a peut-être pas un centimètre carré de la peau humaine où l'on n'ait pas observé de chancre syphilitique ».

Le sujet que nous avons choisi, a été étudié que très succinctement, même dans les traités spéciaux de rhinologie.

Amatus Luisitanus (1) est le premier auteur qui ait signalé le chancre du nez (*Prope nares versus labia ulcus culloc passa erat*).

Jullien, Poncet, Marfan, Morel-Lavallée, Moure (de Bordeaux), Hecquet, Laurent, Cazzalino, Higuet, Fournier ont publié quelques observations du chancre du nez.

M. Fournier cite quelques cas de chancre induré du nez, Lenoble René, Georges Le Bart, Reboul; Bazenerya, dans sa thèse étudie en détails ce sujet.

Dans ce travail, nous nous proposons de réunir les cas déjà publiés et d'y ajouter quelques observations inédites. Nos efforts porteront à déterminer exactement le *siège* et l'*étiologie* de cette lésion avec une localisation si rare et si bizarre.

(1) *Thèse de Paris*, LE BART, 1894, page 11.

STATISTIQUES

Les chancres extragénitaux ne sont pas rares ; comme le montrent les recherches des différents auteurs les statistiques confirment cette constatation.

Sur quarante-cinq cas de femmes atteintes de chancre induré, M. Martin a relevé comme siège, les localisation suivantes :

Grande lèvre	15 cas
Petite lèvre	9 —
Fourchette	5 —
Méat	2 —
Vestibule	2 —
Périné	2 —
Anus	2 —
Fesse	1 —
Cuisse	1 —
Lèvre inférieure	2 —
Ailes du nez	1 —
Langue	1 —
Base de la luette	1 —
Front	1 —
Total	45 cas

En outre, d'après diverses observations, cet auteur a trouvé qu'il existe toujours une différence de rapport entre le chancre extra génital de l'homme et celui de la femme. Chez l'homme, le chancre extra génital ne présenterait pas le pourcentage de 6 à 7 % du nombre total, alors que chez la femme il serait de plus de 20 %.

Parmi les chancres extra génitaux, le chancre syphilitique de la région céphalique n'est pas rare, puisque M. Fournier, dans sa statistique personnelle, en relate 849 cas. Il faut cependant remarquer que la plupart de ces chancres siègent à la bouche, localisation prédominante (727 cas sur 849 cas).

Les chancres de la face sont moins connus. Parmi ceux-ci, la plupart siègent de préférence au menton : 54 cas ; puis viennent ceux de la joue : 24 cas ; à l'œil : 21 cas. Quant au chancre du nez, sujet qui nous occupe, il constitue une rareté.

Mackenzie (1857) n'en parle pas, Cusco (Gazette des Hôpitaux 1862) parle de nombreux chancres céphaliques mais ne mentionne aucun chancre du nez. De même Ricord, Fuchi n'en citent aucun (Thèse Bar) (1).

Sur 201 cas de chancres extra génitaux observés par Salsotto G. (2) entre 1884 et 1892, cet auteur ne rapporte aucun exemple de chancre du nez.

(1) Thèse Docteur Georges LE BART. Chancre syphilitique du nez, 1894.

(2) SALSOTTO G. Siphiloni extra-genitali et epidimi de siphide, Turin, 1892.

Peter (3) de même, dans ses recherches sur la fréquence du chancre extra génital n'en trouve aucun concernant le nez.

Dans la statistique de Julliéri (4) nous trouvons les chiffres suivants :

Statistiques de MM. Martin, Carrier et Bureaux

Sur 270 cas de chancres syphilitiques de la femme

Grande lèvre	81 cas
Petite lèvre	41 —
Fourchette	28 —
Méat	18 —
Clitoris	3 —
Vestibule	14 —
Col utérin	1 —
Sein	11 —
Cou	1 —
Anus et région périnéale	21 —
Cuisse, aine, pli génito-crural ..	8 —
Lèvres	30 —
Langue	2 —
Luette	4 —
Ailes du nez	6 —
Front	3 —
Total	270 cas

(3) PETER. *Ann. d. dermat. et d. syph.*, 1893, page 762.

(4) JULLIÉRI. *Traité des Maladies vénériennes*, page 527.

Mac-Carthy (1) dans sa thèse, sur 51 cas de chancres extra génitaux, relève huit céphaliques et *un de la narine*.

Lenoble (2) écrit que les chancres du nez sont très rares.

Lavergne et Perrin (3), dans leur contribution à l'étude du chancre extra génital, publient la statistique suivante, établie sur un mouvement hospitalier d'une année, dans le service de la chirurgie de l'hôpital Saint-Louis :

Lèvres	10 cas
Œil et paupière	5 —
Joue	2 —
Anus	2 —
Nez	1 —
Oreille	1 —
Cou	1 —
Bras	1 —
Doigt	1 —
Sein	1 —
Cuisse	1 —
Jambe	1 —

Fournier a observé un cas (chancre de l'aile du nez).

Le Professeur Gozzolino (4), au cours de 14 années d'exercice, déclare avoir observé 3 cas de chancre induré du nez.

(1) MAC-CARTHY. *Thèse de Paris*, 1844, page 13.

(2) LENOBLE. *Thèse de Paris*, 1908.

(3) LAVERGNE et PERRIN. *Annales de derm. et de syph.*, 1884, page 333.

(4) GOZZOLINO. *Gazetta degli ospedali*, janvier 1889, page 4.

D'après ses deux statistiques, Paulow admettait que le chancre syphilitique nasal se produisait dans une proportion de 1 cas sur 10 cas extra génitaux, puis il admit une fréquence dans un rapport de 1 à 36, tandis que Mauriac acceptait une proportion de 1 sur 76, Fournier de 1 sur 26 (v. Lanceraux, trait. syph. parag. 80), et Gozzolino de 1 sur 11 (in thèse Le Bart (2)).

Lannois donne le pourcentage de 15 %.

Se basant sur diverses publications, Le Bart et Legrand établissent la statistique suivante : (thèse de Paris, Le Bart, page 17)

Auteur	Chancre extra-génital	Chancre du nez
Mac Carthy	59	6
Lavergne	27	1
Paspelou	198	1
Newmann	84	2
Peray Kachetz	100	2
Novet	6	1
Fournier	71	2
Gozzolino	11	1
A. Marth	12	1
Hulot	21	1
Bureaux et Martin Tarrier	59	6
Total	648	24

(1) LE BART Georges. *Thèse*, Paris, 1895.

(2) LARMOIS. *Mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, Paris, 1908.

D'après cette statistique nous pouvons accepter une proportion de 3,7 % de chancres du nez, par rapport aux chancres extra génitaux (tégument externe et muqueuse pituitaire).

ÉTIOLOGIE

La condition préalable à l'apparition d'un chancre, c'est le contact du virus syphilitique avec le tégument ulcéré.

Le plus souvent, l'étiologie du chancre nasal est inconnu ; il est tout à fait exceptionnel d'observer son apparition à la suite de pratique contre nature. Aussi, dans la plupart des observations, est-il impossible de déterminer le mode de contagion, la situation de cet organe le mettant en quelque sorte à l'abri de la contagion directe avec les organes génitaux.

Newmann rapporte le cas d'un chancre induré du nez chez une femme où la contagion s'est produite à la suite d'une égratignure du nez par un ongle. Cette femme venait de nettoyer un vase ayant servi à un syphilitique.

Spencer Vaston (2) cite un cas de contagion d'une nourrice par un nourrisson ; la nourrice avait l'habitude, entre les tétées, pour amuser le nourrisson, de se faire sucer le bout du nez.

Dans son *Traité des Maladies vénériennes*, Jullien (3) indique comme cause des attouchements fortuits ; il s'agissait

(1) N. com. par Seifert (Thèse Le Bart, 1894, page 30).

(2) Thèse Bordeaux Relenlo, 1892.

• (3) JULLIEN. *Traité des mal. vénériennes*, page 232, 2^e édition.

dans un cas d'un homme ayant eu le nez blessé au niveau de la racine et du lobule, par une échappée d'un tourniquet. Le soir, ayant eu des rapports sexuels avec une femme et s'étant livré à des attouchements prolongés, il survint vingt jours après trois chancres : l'un au penis et deux au nez sur les deux points dépourvus de leur épiderme.

Krelling (1) rapporte l'histoire d'une malade atteinte d'un érysipèle de la face qui s'étant confiée aux soins d'une femme, celle-ci lui badigeonne la face avec de la salive dont elle s'était imbibée le doigts; la malade présenta consécutivement une ulcération nasale d'origine syphilitique.

Guignard (2) cite le cas assez curieux d'un individu mordu au nez au cours d'une rixe; quelque temps après apparition d'un chancre nasal.

Dubreuilh (3) décrit l'observation d'un malade ayant contracté un chancre syphilitique du nez, également à la suite d'une morsure du nez au cours d'une discussion avec son frère.

Discutant l'étiologie du chancre nasal, Dubreuilh insiste sur la morsure, qui d'après cet auteur, serait un moyen de défense féminine; diverses recherches lui permettent de confirmer son hypothèse.

(1) LENOBLE. *Thèse*, Paris, 1908.

(2) GUIGNARD. *Thèse*, Paris, 1882, page 23.

(3) DUBREUILH. *Gaz. hebdomadaire des Sc. méd. de Bordeaux*, 1913-1914, page 34.

Andrevelias écrit (1) : « J'ai vu un chancre de l'oreille chez une femme enceinte, provenant d'une morsure faite au cours d'une querelle ».

Petgers (2) présenta à la Société anatomique un chancre de la nuque consécutif à une morsure.

Micheleran (3) enfin, montre une femme, porteuse d'un chancre du sein, consécutif à une morsure faite par vengeance par le mari de la victime.

En plus de ces facteurs étiologiques, on peut en constater toutes les variétés : dans un cas de M. Milian, une jeune malade acquiert un chancre syphilitique ayant bu dans un verre ébréché qui servait à sa sœur syphilitique.

Pour les chancres syphilitiques intranasaux, on peut relever la contagion par le grattage, par introduction du doigt dans le nez et enfin par cathétérisme et emploi d'instruments sales. Ces facteurs favoriseraient la formation du chancre syphilitique des fosses nasales et de la muqueuse pituitaire.

De l'ensemble des faits que nous venons d'examiner, il en résulte que le chancre induré de tégument externe du nez reconnaîtrait dans son étiologie les morsures, succion, contact des vases souillés, par germe et enfin plus rarement par des attouchements fortuits du point d'inoculation. Il est impossible de fixer ou de déterminer une localisation précise.

(1) DUBREUILH. *Gaz. hebdomadaire des Sc. méd. de Bordeaux*, 1914, page 34.

(2) *Idem.*

(3) *Idem.*

Par succion, on aura un chancre de la pointe et de l'aile du nez; par morsure et par contact des objets ébréchés et souillés de virus morbide : la face dorsale du nez; enfin les lésions de grattage donnent presque toujours un chancre de la muqueuse pituitaire. Cependant, d'après Bazenery, c'est l'aile du nez qui est toujours atteinte. A ce point de vue nous pouvons rapporter, une petite statistique prise dans la thèse de Lenoble.

<i>Auteur</i>	<i>Localisation du chancre au nez</i>
Jullien	Racine et lobule.
Moure	2 cas, cloison droite.
»	1 cas, cartilage gauche.
Morel-Lavallé	Muqueuse gauche.
Gemy	Cloison gauche.
Marfan	Cloison droite.
Robusto-Cimmino	Septum cartilagineux.
Nettelsky	Cloison droite.
Poncet	Septum cartilagineux.
Fournier	Cloison.
Fournier (Musée Saint-Louis).	Lobule.
»	Narine droite.
»	entre l'œil gauche et le lobule.
Hulot	Lobule.
»	Aile.
Guignard	Aile droite.

Boulanger	Aile.
Laurent	Racine.
Neumann	Aile.

D'après cette statistique on peut conclure que la localisation la plus fréquente du chancre syphilitique du nez est l'aile du nez, puis le lobule nasal.

SYMPTOMATOLOGIE

Le *chancre syphilitique* du tégument externe du nez, comme les autres lésions syphilitiques primaires, présente une ulcération qui n'est jamais taillée à pic. Ce qui frappe à première vue, c'est la tuméfaction parfois énorme de la région, s'étendant parfois à la face.

La région enflammée a, en général, une *teinte* violette; elle a le plus souvent un *aspect* irrégulier et bosselé par suite de la formation d'un certain nombre d'éléments acnéiformes; d'autres fois elle reste lisse.

L'*ulcération* siège à la partie la plus saillante de la tuméfaction; elle débute souvent par un simple bouton, auquel le malade ne prête, en général, aucune attention, mais qu'il a fréquemment gratté. Parfois, il existe des croûtes qui modifient singulièrement l'aspect de cette ulcération; dans ces cas la croûte est d'une couleur jaunâtre plus ou moins foncée, parfois brunâtre et de dimensions variables.

Quelques jours après, le gonflement disparaît, l'ulcération présente alors très souvent l'aspect d'un *ulcus elevatum*.

C'est, en effet en général, sous la forme d'une tumeur ulcérée que se présente le chancre du lobule ou de la pointe du nez.

Par contre, en ce qui concerne le chancre syphilitique de la crête du nez, le professeur Gozzolino affirme qu'il a une forme plutôt aplatie.

Il suffit de déterger la plaie avec quelques cataplasmes pour voir apparaître l'ulcération spécifique dont l'aspect ne diffère guère de celui que nous avons l'habitude de voir si souvent aux parties génitales. Un bourrelet rouge plus ou moins induré entoure l'ulcération; le fond de l'ulcération est blanchâtre tacheté de points ecchymotiques, ou le plus souvent d'un rouge musculaire; parfois il est jaunâtre ou grisâtre, laissant écouler un liquide sanieux d'une odeur fétide et empesant le linge.

Ce sont les *ganglions* sous-maxillaires qui sont le plus souvent atteints; ils sont tuméfiés et généralement indolents. L'adénopathie inguinale, sous forme de chapelet, existe, mais n'est pas constante. Par contre, les ganglions périauriculaires et géniens sont également le siège de l'adénopathie. Quoiqu'inconstants, il ne faut jamais négliger de rechercher cette adénopathie qui forme un des éléments les plus précieux du diagnostic dans les cas douteux (Fournier).

Nous voulons appuyer cette esquisse clinique par le compte rendu des diverses observations que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale et y ajouter des observations inédites que nous avons obtenues grâce à l'obligeance de notre Maître, M. le Docteur Milian dans son service.

OBSERVATIONS DU CHANCRE SYPHILITIQUE DU NEZ

OBSERVATION I [DUBREUILH (1)]

X..., âgé de 26 ans. Deux mois auparavant à la suite d'une discussion avec son frère, traité quelques mois auparavant par le Néosalvarsan, il fut mordu au nez. La petite plaie qui s'ensuivit se cicatrisa en une huitaine de jours. Le 16^e jour après la morsure, développement d'une lésion spécifique.

Actuellement, à son entrée dans le service, on constate une ulcération ovale de l'aile droite du nez mesurant deux centimètres de longueur sur un centimètre de largeur, reposant sur une base indurée et saillant de quatre à six millimètres; ses bords sont nets, réguliers; le fond de l'ulcération est plat, lisse, uni, avec un suintement séreux, clair, rosé où à l'ultramicroscope on peut constater de nombreux trépônèmes. L'induration est nette, cartilagineuse.

Adénopathie de la région sous-maxillaire droite avec, en particulier un volumineux ganglion du volume d'un œuf de pigeon, enfin dans une infiltration dure, donnant l'impres-

(1) DUBREUILH. *Gaz. hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, janvier 1914, page 34.

sion d'un phlegmon sus-hyoïdien, douloureux à la pression ; dysphagie et œdème dur.

A gauche, dans la région sous-maxillaire, également présence d'une pléiade ganglionnaire, mais moins accusée.

OBSERVATION II [LENOBLE (1)]

Le nommé L..., âgé de 46 ans, homme de peine dans un dépôt de chaux hydraulique, entre dans le service du Professeur Fournier, en 1877. A présenté à plusieurs reprises des accès de fièvre, que supprimait le sulfate de quinine.

Dans ses antécédents, on trouve comme affection vénérienne une blennorragie et une orchite en 1860. Au cours d'un séjour à Ajaccio, il présenta une éruption boutonneuse, vraisemblablement parasitaire, qui se termina huit jours après grâce à des bains sulfureux et des bains de mer.

Actuellement, il se présente avec une lésion de l'aile droite du nez, dont le début remonte à six semaines. Cette lésion fut précédée par un petit bouton qu'il écorchait souvent et dont la croûte se renouvelait sans cesse. Peu à peu, ce bouton, tourmenté et irrité par la poussière de chaux, se transforma en une ulcération de la dimension d'une pièce d'un franc, recouverte d'une croûte brunâtre. Un ou deux cataplasmes ont fait tomber cette croûte et ont mis à nu une surface ulcérée, séparée en deux moitiés égales par une scis-

(1) LENOBLE. *Thèse de Paris*, 1908, page 51.

sure de la paroi nasale sur une étendue de treize à quatorze millimètres. De chaque côté de cette fente, on voit une surface saignante, rougeâtre, entourée d'une étroite auréole violacée et lisse; concentrique par rapport à une zone inflammatoire assez restreinte; la base présente une induration chondroïde, nettement limitée.

A la commissure labiale gauche, il existe une ulcération croûteuse, grande comme une pièce de cinquante centimes. Sous la croûte brunâtre, il y a une surface légèrement saignante de couleur chair, reposant sur une base indurée, ayant tous les caractères d'un chancre syphilitique.

A ces deux lésions correspondent des adénopathies paraissant croisées, car à droite on a des ganglions sous-maxillaires petits, durs, indolents et mobiles, tandis qu'à gauche on a un ganglion périauriculaire; mais fait assez rare, digne d'être noté et pouvant expliquer le phagédénisme de la lésion nasale, l'inflammation de ce ganglion périauriculaire a été assez aiguë, tout en étant presque indolent.

Sur la verge et le scrotum existent des syphilides papulo-érosives, de même que deux syphilides anales. Sur le corps, on trouve des macules d'une syphilide papuleuse assez nette. Du fait de ces deux chancres, le malade est donc bien syphilitique et on le soumet aussitôt au traitement spécifique.

Par quel moyen a-t-il contracté cette syphilis ?

Séparé de sa femme depuis deux ans, le malade affirme n'avoir eu aucun rapport sexuel depuis quinze mois. Cepen-

dant il ne nie pas qu'un soir d'ivresse, il ne se soit pas exposé directement ou indirectement à une lésion de cette nature, bien qu'il n'en ait gardé aucun souvenir. Pourquoi maintenant le chancre du nez est devenu phagédénique ? Sans doute parce qu'il a été souvent écorché et peut-être aussi parce qu'il fut aussi irrité par le contact et la poussière de chaux entraînée vers la narine à chaque inspiration.

OBSERVATION III [HULOT (1)]

Le nommé Ch. Charrier, âgé de 40 ans, nie avoir eu dans ses antécédents une affection vénérienne. Il se plaint de voir sans cesse se reproduire sur le bout de son nez depuis six semaines une croûte de couleur jaune foncée, arrondie. Interrogé sur l'origine de cette croûte, il répond franchement qu'environ un mois avant son apparition il s'est exposé à contracter directement à cet endroit un accident de nature syphilitique.

En même temps que s'est produit cette croûte, le malade a éprouvé un grand malaise, il a eu et présente encore des céphalées, atteignant leur maximum d'intensité pendant la nuit.

Actuellement, l'extrémité du lobule du nez et la partie voisine de la cloison sont recouverts par une croûte régulièrement arrondie, d'un gris jaunâtre, hémisphérique et disposée

(1) HULOT, *Gaz. des Hôp.*, 1889, 80.

sous forme de calotte. La peau qui recouvre cette croûte offre une teinte rouge sombre sur une étendue de quatre à six millimètres. Entre cette auréole et l'érosion cachée sous la croûte il existe une zone cutanée étroite disposée en bourrelet d'un blanc jaunâtre, lisse, luisante et correspondant assez exactement à la base indurée de cette érosion, complètement indolente. Engorgement des ganglions sous-maxillaires les plus voisins de l'angle de la mâchoire.

De chaque côté du cou, au-dessous de l'apophyse mastoïde, on constate également une légère adénopathie.

Quelques papules croûteuses dans les cheveux, quelques papules humides sur la verge et sur les bourses. Dans le sillon balano-préputial existe une papule érosive de la grandeur d'un grain d'orge.

Après quelques jours, la croûte tombe et laisse apparaître une érosion sans bords arrondis de l'étendue d'une pièce d'un franc, d'une coloration rouge chair, musculeuse et d'aspect vernissé. L'induration est parcheminée.

Après un mois de traitement spécifique, cicatrisation.

OBSERVATION IV (BALZER et LECORNU)

Le nommé B. A..., âgé de 28 ans, n'a jamais rien eu dans ses antécédents qu'une fièvre typhoïde à douze ans.

Il voit apparaître sur le côté droit du nez près de la pointe au-dessus du sillon naso-labial, une petite ulcération

qui se recouvre de croûte et qu'il prend pour un simple bouton. Mais bientôt ce petit bouton se développe, la surface croûteuse s'étend et en même temps apparaît une adénopathie assez prononcée comprenant les ganglions sus-hyoïdien, sous-mentonnier et ceux de l'angle de la mâchoire.

Progressivement l'ulcération s'agrandit, atteignant la dimension d'une amande; l'adénopathie devient douloureuse. Sous l'effet d'un traitement au protoiodure et des pansements humides, l'adénopathie devient moins douloureuse et l'ulcération commence à se cicatriser. Après une légère amélioration, le malade s'enfuit.

Un mois après, le malade revient avec une roséole et une éruption papulaire généralisée et des syphilides papulo-érosives du scrotum.

A la verge, il n'y a aucune trace de chancre; étant donné ces symptômes secondaires, on peut affirmer que le malade avait présenté un chancre syphilitique du nez.

OBSERVATION V [FROMENT et ROMA (1)]

Malade du service du Professeur Lepin.

Homme de 42 ans, porteur d'un chancre induré du nez. Cet homme, un éthylique avéré, était entré pour une hémiplégie alterne du type Millard-Gubler avec hémianesthésie.

L'hémiplégie était survenue brusquement à la suite d'ac-

(1) FROMENT et ROMA. Soc.¹ des Sciences Méd. de Lyon, 1908, page 270.

cès plus exagérés que d'habitude. L'hémiplégie s'améliora rapidement, mais dans les derniers jours du mois, le malade se plaignit de démangeaisons au niveau de la narine droite et l'on vit se développer en même temps à l'aile du nez, une ulcération étendue qui empiéta rapidement sur la lèvre supérieure.

L'ulcération à peu près indolente, recouverte d'une croûte jaunâtre, présentait un fond rouge, parfaitement lisse avec des bords présentant une induration nette. Au cours du séjour du malade dans le service, apparition d'un ganglion sous-maxillaire induré.

Pensant à une lésion spécifique le Professeur Lepin montra le malade au Professeur Collet qui diagnostiqua un chancre induré du nez.

Actuellement, l'ulcération est en voie d'amélioration; elle a regressé et se limite au pourtour de la narine droite.

L'adénopathie a également diminué. Le malade est soumis au traitement.

Il est curieux de constater dans ce cas, la coexistence de cette localisation syphilitique primitive avec une étiologie inconnue.

OBSERVATION VI [CHAPUIS (1)]

Homme de 23 ans, présente une infiltration et un œdème intense des deux tiers du nez et prédominant à droite. L'aile

(1) CHAPUIS. *Gazette des Hôpitaux*, juillet 1894.

du nez est épaissie, abaissée, de coloration rose sombre, violacée. L'ulcération occupe toute la circonférence de l'orifice de la narine droite, recouverte de croûtes impétigineuses épaisses. L'ulcération est de couleur rouge jambon, de forme arrondie, assez régulière, à bords non décollés, ni taillés à pic, reposant sur une infiltration rénitente remontant de deux centimètres et demi à trois centimètres dans la narine. Adénopathie sous-maxillaire droite, apparente à la vue. Roséole papuleuse; l'ulcération remonte à vingt-trois jours; elle a débuté à la face interne de l'aile de la narine droite, s'est agrandie progressivement et s'est accompagnée d'une tuméfaction nasale au bout d'une dizaine de jours. Elle est apparue trois jours après un coït avec une fille de maison, le coït précédent remontant à plus de deux mois et demi. L'auteur rejette une origine vénérienne de ces lésions; il attribue le développement du chancre à ce que le sujet avait l'habitude de porter fréquemment ses doigts dans ses narines où il avait souvent des croûtes d'impétigo. Il s'est inoculé les sécrétions d'une maladie vénérienne dont il était atteint.

OBSERVATION VII [LAURENT (1)]

C..., âgé de 23 ans. Jusqu'à présent a joui d'une bonne santé, malgré qu'il ait déjà passé de nombreux mois en prison, pour purger trois condamnations successives.

(1) LAURENT, *Gazette de Paris*, 1887.

Homme de taille moyenne, remarquablement musclé; déclare avoir été lutteur amateur.

Six semaines avant son entrée dans la prison il s'aperçut d'un bouton siégeant à la racine du nez. Ce bouton s'ulcéra et devint une plaie qui suppura pendant plusieurs semaines. Cette plaie était cicatrisée que depuis une quinzaine de jours quand il fut admis à l'infirmerie centrale de la prison (Service du Docteur Variat); cet homme attire l'attention par ses nombreuses ulcérations étendues et disséminées sur la peau des bourses, etc....

Adénopathie inguinale, mais nulle trace d'accident primitif sur ses parties génitales. La peau du tronc et de l'abdomen présente ni roséole ni élément éruptif.

Cicatrice opalescente sur la commissure labiale droite. Plaque muqueuse sur l'amygdale droite. Quelques croûtes dans les cheveux.

Gros ganglion sous-occipitaux, légère adénopathie sous-maxillaire bilatérale. A l'angle de la mâchoire du côté gauche, on sent trois ganglions nets, durs, roulant sous le doigt, formant une masse du volume d'une noix.

A la racine du nez, du côté droit et empiétant un peu sur les côtés, cicatrice arrondie d'un rouge assez vif, à bords légèrement saillants, grands comme une pièce de cinquante centimes. Le centre de la cicatrice est plus pâle et légèrement foncé. Prise entre les doigts la peau de cette zone est épaisse et indurée. Cette cicatrice correspond à l'ulcération que le

malade a remarqué avant son entrée en prison et dont le début a précédé de deux mois environ la lésion cutanée des parties génitales.

Le chef du service de M. Variat n'hésita pas à diagnostiquer là une cicatrice d'un chancre extra-génital, que confirme également M. Théophile Auger, diagnostic appuyé sur la présence de l'adénopathie sous-maxillaire.

Ajoutons enfin que ce malade se plaint d'un coryza très intense; il est enchifrené et se mouche très fréquemment. Rien dans ses antécédents ne peut faire soupçonner un coryza chronique; il n'a pas pris de K I; le seul médicament qu'il ait pris avant son entrée à l'infirmerie était la liqueur de Van Swieten à la dose ordinaire. L'examen rhinologique pratiquée par le Docteur Chatelier ne révèle aucune plaque muqueuse.

Tous les autres organes paraissent sains.

Sous l'effet des lavages avec une solution boriquée, de l'emploi de poudres isolantes à l'extérieur et des mercuriaux à l'intérieur, ses syphilides génitales se sont beaucoup améliorées.

C'est le premier exemple indiscutable de chancre infectant de la racine du nez. Les exemples en sont assez rares pour que cette observation mérite d'être publiée à titre de document. Quant aux conditions suivant lesquelles s'est produite la contamination, bien des hypothèses peuvent être suggérées étant donné surtout la condition sociale de ces syphilitiques.

OBSERVATION VIII [KRELLING (1), publiée par SEIFERT]

Chancre de l'aile du nez. L'infection a dû se produire par l'intermédiaire d'une femme, qui a voulu guérir le malade souffrant d'un érysipèle facial, en lui badigeonnant le nez avec son pouce mouillé de salive.

OBSERVATION IX [GUIGNARD (2)]

B. Pierre, 22 ans, passementier. Rien dans les antécédents familiaux. Lui-même a joui jusqu'ici d'une très bonne santé, bien constitué, vigoureux. Il y a trois mois environ dans une rixe survenue au sujet d'une femme mal famée, a été mordu au nez par un individu, souteneur de cette femme, et qui avait selon lui « mal dans la bouche ». La morsure avait atteint l'aile droite du nez. Elle n'a pas saignée ou à peine. Néanmoins, elle s'est enflammée d'une manière progressive ; la plaie s'est indurée et n'a pas tardé à prendre l'aspect d'une verrue (expression du malade) que le malade s'est mis à écorcher. Le malade déclare avoir eu quelques vomissements le lendemain matin à la suite de cette morsure, quoiqu'il convient de les attribuer à un état pituiteux. Il ne se plaint pas de maux de gorge. Adénopathie sous-maxillaire, dure, indolore. Le malade a remarqué cette adénite depuis un mois environ. A la région sus-hyoïdienne gauche, présence de deux

(1) KRELLING. N. com. par Seifert. Thèse Le Bart, 1894, page 33.

(2) GUIGNARD. *Thèse*, Paris, 1882, page 23.

plaques : l'une de la largeur d'une pièce de dix centimes ; l'autre de cinq centimes. Ces plaques sont recouvertes de croûtes et leur base n'est pas indurée. Le 18 octobre, la plaie du nez présente une large ulcération aplatie, de la dimension d'une pièce de deux francs. Les bords sont rougeâtres, luisant et présentant dans leur voisinage un empâtement assez régulièrement distribué d'une coloration rouge violacée. Le fond est aplati, gris jaunâtre, violacé ; il donne un pus sanieux. Au niveau de la cloison les bords de la plaie font un léger bourrelet qui surplombe la lèvre supérieure.

Dès son entrée on porte le diagnostic de syphilis.

La plaie est pansée au calomel. Traitement au proto-iodure.

Quelques jours après une roséole est venue confirmer le diagnostic.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION I

*Observation personnelle d'un malade qui entre à l'hôpital
Saint-Louis dans le Service du Docteur Milian*

Homme âgé de 33 ans, manœuvre, vient le 25 décembre 1928 pour une lésion du nez datant de six jours.

A l'examen, on voit sur le côté gauche du nez, entre la racine et la base du nez une ulcération circulaire à bords surélevés, mais taillés à pic, légèrement hémorragique.

Le fond est légèrement suintant avec une base infiltrée. Cette ulcération est entourée par une rougeur s'étendant sur le côté gauche, le dos et la pointe du nez et reposant sur un fond infiltré, cartonné. Les narines, surtout la gauche sont aplaties transversalement.

En 1917, au Maroc, à la suite d'une prise de sang, qu'on faisait systématiquement dans son régiment, on lui fit deux séries d'injections intraveineuses.

En 1925, le malade contracte un chancre, dont on voit encore la cicatrice irrégulière de la face antérieure du sillon balano-préputial, s'étendant de chaque côté de ce sillon. Ce

chancre, sans examen de laboratoire, le fit soumettre à une nouvelle série de novarsénobenzol.

Depuis, le malade n'a eu aucun traitement antisyphilitique, sauf une injection de novarsénobenzol de 0,15 le 22 décembre 1928.

A l'examen général, on constate :

Râles sibilants de bronchite et emphysème.

Rien au cœur, ni aux autres viscères.

Les réflexes tendineux sont normaux ; les réflexes oculaires sont paresseux.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Adénopathie inguinale gauche, diffuse, grosse comme une noisette.

Sur le corps, papules rosées disséminées, s'effaçant à la pression ; quelques-unes légèrement squameuses.

Le 2 janvier 1929 : l'ulcération a pris la dimension d'une pièce d'un franc ; elle est ronde avec un bourrelet périphérique de 3-5 mm. de large.

Tout autour ; l'infiltration est rouge jambonné, s'étendant sur le côté droit du nez.

Nombreuses lésions papuleuses répandues sur le tronc et les membres supérieurs. Violente céphalée.

Adénopathie sous-maxillaire gauche du volume d'une noix.

Le 25 : B. W. = 0.

Le 1^{er} janvier 1929 : B. W. + + .



Du 1^{er} janvier au 1^{er} février 1929 : on fait au malade une série de neuf injections intraveineuses de novarséno-benzol.

A noter que depuis son entrée le malade présentait une température oscillant entre 37° et 38°, sauf le jour de l'injection où elle était de 39°-39°5.

À son départ, le malade n'a plus de fièvre et présente une ulcération complètement cicatrisée (1^{er} février 1929).

OBSERVATION II

Observation personnelle d'une malade

entrée à l'hôpital St-Louis dans le service du Docteur Milian

Chancre syphilitique du dos du nez, chez une fillette de neuf ans et demi (voir figure).

La malade entre dans le service pour une éruption généralisée au tronc et à la face sur le début de laquelle elle ne peut fournir aucun renseignement.

Actuellement, on trouve sur le front et sur les joues de larges placards érythémateux papuleux, à contours irréguliers, sur lesquels siègent de nombreuses vésicules punctiformes, herpétiques à contenu citrin.

A cheval sur le nez, à la région des os propres du nez, cicatrice rouge, régulièrement ronde, à contours finement papuleux. Au centre, se détachent de fines arborisations vascu-

lares. Ganglion du volume d'un gros pois, en avant du tragus de l'oreille droite et un gros ganglion sous l'angle du maxillaire inférieur.

Chute presque totale de la queue du sourcil.

Sur le reste du corps, nombreux éléments tantôt maculeux, tantôt papuleux, n'atteignant pas les dimensions d'une lentille, d'une coloration cuivrée, sous-prurigineuse.

Adénopathie cervicale, postérieure, inguinale et épitrochléenne.

A l'examen de la bouche : hypertrophie considérable des deux amygdales avec un enduit blanchâtre se rejoignant presque sur la ligne médiane et entraînant une gêne respiratoire marquée.

A la vulve : petite papule isolée de la dimension d'une pièce de cinquante centimes; sur le périnée antérieur en bordure de la marge de l'anus, quelques papulo-vésicules isolées sur les grandes lèvres.

Pertes lactescentes. Hymen semi-lunaire à bords réguliers sans caroncules myrtiformes.

Cette éruption s'accompagne d'un retentissement très marqué sur l'état général. Fièvre oscillant entre 38° et 39°6, descendant à 37° le soir de la première injection de 0,20 de novarsénobenzol par voie intraveineuse.

Toux rauque avec respiration soufflante à la région hilare et peri-hilaire, rude à la base droite avec quelques râles fins à l'inspiration, disparaissant après la toux et à la base

gauche, sans modification à la percussion ni à la palpation. Vibrations conservées. Voix couverte difficilement intelligible.

Céphalée intense à la région orbitaire, ne paraissant pas correspondre à des douleurs osseuses. Elle est sourde, profonde avec des paroxysmes nocturnes.

Réflexes pupillaires normaux.

Réflexes rotuliens présents ; on n'obtient par les réflexes achilléens.

Rien dans les urines.

Rate non percutable.

Malformation dentaire : grosses incisives médianes supérieures.

Oreilles saillantes, racine du nez en carré, bosse frontale accusée ; cubitus valgus.

En ce qui concerne le mode de contagion, on apprend par la mère qu'elle a une sœur de 20 ans soignée dans le service du prof. Jeanselme pour syphilis secondaire depuis trois mois. En outre, la petite malade a partagé pendant près d'un mois le lit de sa sœur aînée. Ses souvenirs lui font préciser, qu'elle n'a jamais été l'objet de débordements de tendresse et du reste le dos du nez ne paraît pas à première vue, un siège de prédilection pour les baisers. Il semble plus vraisemblable que la malade buvant dans un verre plus ou moins ébréché immédiatement après sa sœur, se soit elle-même inoculée ; le bord du verre venant, en effet, s'appuyer sur la région du nez où s'est développé l'accident primitif.

B. W. + . — On fait une série d'injection de novar.

La malade part le 18 janvier 1929 avec cicatrisation de son ulcération nasale et disparition complète de tous les éléments éruptifs.

CONCLUSION

- 1° Le chancre syphilitique du nez est une localisation syphilitique extrêmement rare.
- 2° Parmi les chancres syphilitiques extra-génitaux, elle intervient dans une proportion de 3,7 % des cas.
- 3° L'aile du nez est le siège le plus fréquent de ce chancre, puis vient le lobule du nez.
- 4° En général l'étiologie du chancre syphilitique du nez nous est inconnu d'après les observations recueillies dans la littérature, il résulte que la cause du chancre induré du tégument externe du nez et principalement due à une morsure à la succion, au contact des récipients souillés et enfin aux attouchements fortuits. Pour les chancres intranasaux, le grattage, le cathétérisme et l'emploi d'instruments sales seraient la cause la plus fréquente.
- 5° Le chancre syphilitique du nez se présente sous la forme d'une ulcération, souvent précédé par un simple bouton, elle est associée à une tuméfaction parfois considérable de la région. Souvent, on constate la présence des croûtes qui modifie l'aspect de cette ulcération. En général, cette ulcération est entourée par un bourrelet rouge foncé, induré et elle présente un fond le plus souvent rouge parfois

jaunâtre ou grisâtre, laissant écouler un liquide saineux d'odeur fade.

- 6" En général, on constate la présence d'une adénopathie sous-maxillaire; parfois adénopathie périauriculaire et génienne, qui dans ces cas offre un précieux élément de diagnostic.

Vu le Doyen,

ROGER.

Vu le Président,

GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1. HUNTER. — Statistique de M. Fournier.
2. AMATUS LUISITANUS. — Thèse G. Le Bart, 1894, p. 11.
3. JULLIEN. — Traité des maladies vénériennes, page 527.
4. PONCET. — Ann. de dermat. et de syph., 1881, page 115.
5. PONCET. — Soc. de Sc. méd. de Lyon, séance, novembre 1880.
MOREL-LAVALLÉE. — Ann. de dermat. et de syph., 1877, page 701.
6. MOURE. — *Revue internationale de rhinologie*, 1892, page 73.
7. LAURANT. — Arch. für dermat. und syph., 1888, XX, page 643.
8. LAURANT. — Arch. für dermat. und syph., 1889, XXI, page 124.
9. CAZZOLINO. — Arch. für dermat. und syph., 1889, page 595.
10. FOURNIER. — Chancre céphalique.
11. LENOBLE RENÉ. — *Thèse de Paris*, 1908.
12. GEORGES LE BART. — *Thèse de Paris*, 1894.
13. ROBUL. — *Thèse de Bordeaux*, 1892.

14. BAZENERY. — *Thèse*, avril 1894.
15. MARTIN. — *Thèse de Paris*, 1863.
16. MACKENZIC. — *Thèse Docteur G. Le Bart*, 1894.
17. CUSCO. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1862. Union médicale, mars 1858.
18. RICARD FUCHI. — *Thèse Docteur G. Le Bart*, 1894.
19. SOLSOTTO. — Sifilorni extragenitali ed epidemie di sifilide (Brochure in-8 de 33 pages, Turin, 1892, Union tipographico, editrice). Ann de dermat. et de la syph.
20. PETER. — Ann. de dermat. et de syph., 1892, page 762.
21. MAC-CARTHY. — *Thèse de Paris*, 1844, page 13.
22. LAVREIGNE et PERRIN. — Ann. de dermat. et de syph., 1884, page 333.
23. GOZZOLINO. — *Gaz. degli ospedali*, janvier 1889, p. 4.
24. PAWLOW. — *Thèse Docteur G. Le Bart*, 1894, page 16.
25. FOURNIER. — (V. Lanceraux, trait. syph., page 80).
26. LANNOIS. — Mal. de l'oreille, du nez et du larynx, Paris, 1908.
27. NEUVMANN. — N. com. par Seifert (*Thèse Le Bart*, 1894, page 30).
28. SPENCER VASTON. — *Thèse Robulo*, Bordeaux, 1892.
29. JULLIEN. — Traité des maladies vénériennes, 2^e édition, page 232.
30. KRELLING. — Lenoble, *thèse de Paris*, 1908.
31. GUIGNARD. — *Thèse de Paris*, 1882, page 23.

32. DUBREUILH. — *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*,
1913-1914, page 34.
33. ANDRODIAS. — V. Dubreuilh.
34. PETGERS. — V. Dubreuilh.
35. MICHELERAN. — V. Dubreuilh.
36. HULOT. — *Gaz. des Hôp.*, 1889, 80.
37. FROMENT et ROMA. — Soc. des Sc. méd. de Lyon, 1908,
page 270.
38. CHAPUIS. — *Gaz. des Hôp.*, juillet 1894.
39. LAURENT. — *Gaz. de Paris*, 1887.
40. KRELLING. — N. Com. par Seifert. (*Thèse Le Bart*,
1894, page 33.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	9
STATISTIQUES	11
ETIOLOGIE	17
SYMPTOMATOLOGIE	23
OBSERVATIONS	25
OBSERVATIONS PERSONNELLES	37
CONCLUSIONS	43
BIBLIOGRAPHIE	45
